

<様式2>

令和 年 月 日

鹿児島県立牧之原養護学校長 殿

小・中・高 年 組
児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

坐薬依頼書

学校での坐薬使用について、保護者の責任において下記のとおり依頼します。
万一、保護者に連絡がつかない場合は、医師の指示通りに使用することに同意します。
また、状況次第では、救急車対応をすることに同意します。

記

1 薬品名及び量

(薬品名: _____ m g)

2 使用の目安 (発作の様子も含めて具体的に御記入ください)

3 考えられる副作用とその際の処置等

4 使用期間

年 月 日 ~ 年 3 月 3 1 日 (年度毎の更新になります)

年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印

保護者記入欄

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|---|
| 1 | 使用する際の連絡先 ① | TEL (_____) | — |
| | ② | TEL (_____) | — |
| 2 | これまでに、この坐薬を使用したことがありますか。 | ある ・ ない | |
| | 「ある」場合…副作用がありましたか。 | ある (_____) ・ ない | |
| | 最後に使用したのは、いつですか。 | 年 月 頃 | |